



Caisse de Prévoyance  
et de Retraite  
du personnel de la SNCF

17, avenue Général Leclerc  
13347 Marseille cedex 20  
N° SIRET 341 246 122 0020

### RENSEIGNEMENT DE L'AGENT ACCIDENTÉ

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation SNCF : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## DÉCLARATION DE TÉMOIN

Merci de remplir toutes les parties de cet imprimé

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
nom prénom

N° d'immatriculation SNCF : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Si vous n'êtes pas agent SNCF, joindre une photocopie de votre carte d'identité ou un justificatif d'identité.*

Tél. personnel : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

certifie avoir été témoin de l'accident dont a été victime M. / Mme (nom de l'accidenté) :

\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
date de l'accident heure de l'accident

J'ai assisté aux événements suivants (décrire précisément les faits ou les propos échangés)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'ai fait les constatations suivantes (état physique ou psychologique de l'accidenté - *exemple : hématome, boiterie, saignement, brûlure, rougeur, pleurs - état des vêtements, du véhicule ...*) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (Signature)

**Nota important :** Toute fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues, place son auteur sous le coup des dispositions de l'article L.114-13 du Code de la sécurité sociale, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois.